

# 熊本県民を守る「私のカルテ」

## 熊本県がん診療連携パス

概要、ガイド、Q&A



患者さん用

2012年9月

熊本県がん診療連携協議会 相談支援・情報連携部会

## 目 次

---

「私のカルテ」 コンテンツ記入例(大腸がん) …………… 1

「私のカルテ」 患者さん・ご家族用ガイド、Q & A …… 19



「私のカルテ」  
コンテンツ記入例(大腸がん)

## あなたのがん診療を サポートします

地元の先生（かかりつけ医）と専門医との話し合いのもとに、がんの診療を標準化することが出来ました。

この「がん診療連携パス『私のカルテ』」の目的は、あなたに身近なかかりつけ医と専門医の二人の主治医を持っていただき、がん治療を良好に続けることにあります。



かかりつけ医

専門医



「私のカルテ」

「私のカルテ」は  
患者さん自身のものです。  
医療機関・保険薬局などに  
持参し、必ず提示しましょう。





## 「私のカルテ」の使用方法和「がん診療連携パス」の説明です。

「私のカルテ」を使って  
あなたのことを地域の医療者にお伝えください

医療機関・保険薬局に持参し必ず提示しましょう！



### 専門医の役割

年に何回かの診察は、専門病院の専門医が担当します。

- 1) 専門医の診察
- 2) 精密検査  
(血液検査、超音波検査、CT検査、MRI検査など)

### かかりつけ医の役割

日頃の診察は、地域のかかりつけ医の先生が担当します。

- 1) 定期的な診察、血液検査、画像検査など
- 2) 定期的なお薬の処方
- 3) 痛みや吐き気など各種症状の診察や治療
- 4) 風邪をひいたり、熱が出たときの診察と治療などをおかかりつけ医の先生が行います。

検査結果は「私のカルテ」内に記載して共有します。また、病状が変化したときなど、かかりつけ医の判断で、臨時に専門病院で診察を行うこともあります。

## がん診療連携パス

「がん診療連携パス（連携パス）」とは  
地域のかかりつけ医と病院の医師が、あなたの診療経過を共有できる診療計画表のことです。

「連携パス」を活用して、あなたを中心にかかりつけ医と病院医師が情報交換を行い、よりよい医療と安全を提供します。

この「連携パス」を利用し、かかりつけ医をもつことで、診察の待ち時間の短縮や通院時間の短縮など患者さんの負担の軽減にもなります。さらに、患者さんご自身が診療計画や病気を理解した上で治療の目標を管理することができ、かかりつけ医のもとで、手厚い診療を受けることが出来るようになります。

あなたも「連携パス」を活用して専門病院と近くの病院・診療所の2人の主治医に診てもらいましょう。



いつ、どこの医療機関を受診したか確認できます。

### 受診歴

＊お手数ですが受診される医療機関全てについてご記入願います

発行日・受診日	医療機関・診療科
H 24 . 6 . 6	〇〇病院 〇〇科
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	

医療機関を受診したら窓口などで記入してもらって下さい。  
患者さん自身でも記入できます

### 受診歴

＊お手数ですが受診される医療機関全てについてご記入願います

受診日	医療機関・診療科
H . . .	
H . . .	
. . .	
. . .	
. . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	
H . . .	

## わたしのプロフィール

よみがな	まるもと まるこ	
名前	〇本〇子	
住所	(〒 861 - 〇〇〇〇) 熊本県〇〇市〇-〇-〇〇〇	
生年月日	(西暦) 19〇〇年5月7日	AB
アレルギーの有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
これまでの かかった病気 (既往歴) 又は 治療中の病気	25歳 盲腸	
	30歳 胃潰瘍	
生活 関し		
緊急時の 連絡先	1. 名前 〇本〇雄 続柄 夫 ☎: 自宅携帯	
病気・治療の 説明をして ほしい人	2. 名前 〇本〇彦 続柄 長男 ☎: 自宅携帯	
病気・治療の 説明をして ほくない人	夫、長男	

患者さんやご家族で記入していただくページですが、スタッフもお手伝いします。必要な情報をきちんとまとめておくことができます。

※黄色の枠は患者さんが記入してください。

患者さんやご家族が、ご自身の情報をまとめて記入出来るページです。

かかっている 医療者 又は 医療機関	①かかりつけ医 (連携医)	〇〇内科	医師名	〇〇医師
	②医療機関名			
	③医療機関名			
	④医療機関名			
	専門医療機関名 (拠点病院)	〇〇病院		
	がん相談 支援室 の担当者	病院 名前		
訪問 看護師	名前			
マネジャー	名前			
院薬局	名前			
生活 関し	医療保険申請	<input checked="" type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請(要介護・要支援)		
	福祉医療受給	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	介護保険サービス利用	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	高額医療制度	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	患者手帳:	級	障害の種類	
緊急時の 連絡先	1. 名前 〇本〇雄	続柄 夫	☎: 自宅携帯	
病気・治療の 説明をして ほしい人	2. 名前 〇本〇彦	続柄 長男	☎: 自宅携帯	
病気・治療の 説明をして ほくない人	夫、長男			

「私のカルテ」を手にしたら、住所・氏名・生年月日、緊急時の連絡先の記入をお願いします。



あなたのご病気についての情報が記載されています。

**算定(ありなし)**

### 情報共有書

日付 ○○病院

発信先医院名 医院  
診療科 科  
医師名 先生

〒 熊本県○○1234

TEL 096-○○○-○○○○  
FAX

カネ 患者氏名 マルモト マルコ  
○本○子

生年月日 昭和○○年5月7日 年齢 55 性別 女

連携目的  経過観察  化学療法  支持療法  緩和ケア  
 その他( )  ホルモン療法

診断 直腸がん SM  
( 年 月 日 ) T ( 1 ) N ( 0 ) M ( 0 )  
Stage ( 1 )

病理診断 高分化型管状腺がん Lx ( 0 ) v ( 0 ) n ( 0 / 17 )  
( 年 月 日 ) Nuclear Grade ( )

肺癌:EGF-R (+/-) 喫煙 ( )  胃癌: HER2 (+/-)  
 大腸癌:EGF-R (+/-) k-ras ( ) 孔 (+/-) 腸閉塞例 (+/-)  
 乳がん: ER % PgR ( ) (+/-) Ki67 %  
 肝臓癌:Child-Pugh分類

備考 病理診断の結果などが記入してあります。

手術日 2011/6/7 手術術式 腹腔鏡下低位前方切除術・  
回腸ストーマ造設術

術前・術後補助治療	治療内容	期間(開始～終了)	備考
放射線療法		～	
化学療法	TS-1	2011.7.3 ～	
ホルモン療法		～	

手術の術式や治療の内容が記入してあります。

現在の治療(開始日: )  
心筋細動有リワーファリン内服中

がんの部位 直腸Rb (初発) 再発

初診時 ( 23 年 8 月 2 日 ) 昨年末より便が細くなり、時々血便もあった。今年3月になり食欲不振・全身倦怠感が強くなり、○○内科受診。DPにて直腸癌と診断され、○○病院へ紹介受診となる。

紹介時 ( 23 年 8 月 15 日 ) 手術目的にて6月5日入院し、6月7日手術施行。経過良好にて退院。今後私のカルテを使って連携し経過観察予定。

紹介時所見 HBsAg  陽性  陰性  不明  
HCVAb  陽性  陰性  不明  
その他 ( )  
腫瘍マーカー  CEA( 1.2 )  CA19-9( 9.3 )  
 CA15-3( )  AFP( )  
 その他( )

病状・症状 PS (  0-1  2  3  4 ) 疼痛 (  なし  あり )  
腹水・胸水 (  あり  なし ) 呼吸器症状 (  なし  あり )  
栄養 (  経口  経管  点滴 ) 消化器症状 (  なし  あり )  
移動 (  可能  車椅子  その他 ) 不眠 (  なし  あり )  
意識 (  清明  傾眠  昏睡 ) 不安 (  なし  あり )  
認知 (  なし  あり ) その他 ( )

患者への説明内容

2011 年 6 月 25 日	年 月 日
直腸癌にて低位前方切除を行っている。	
今後は「私のカルテ」を使用して経過をみていきます。	病気について、あなたへの説明内容が記入してあります。
施設名( ○○病院 ) 施設- 記入者( ○○ ) 記入者-	

患者の意向・希望

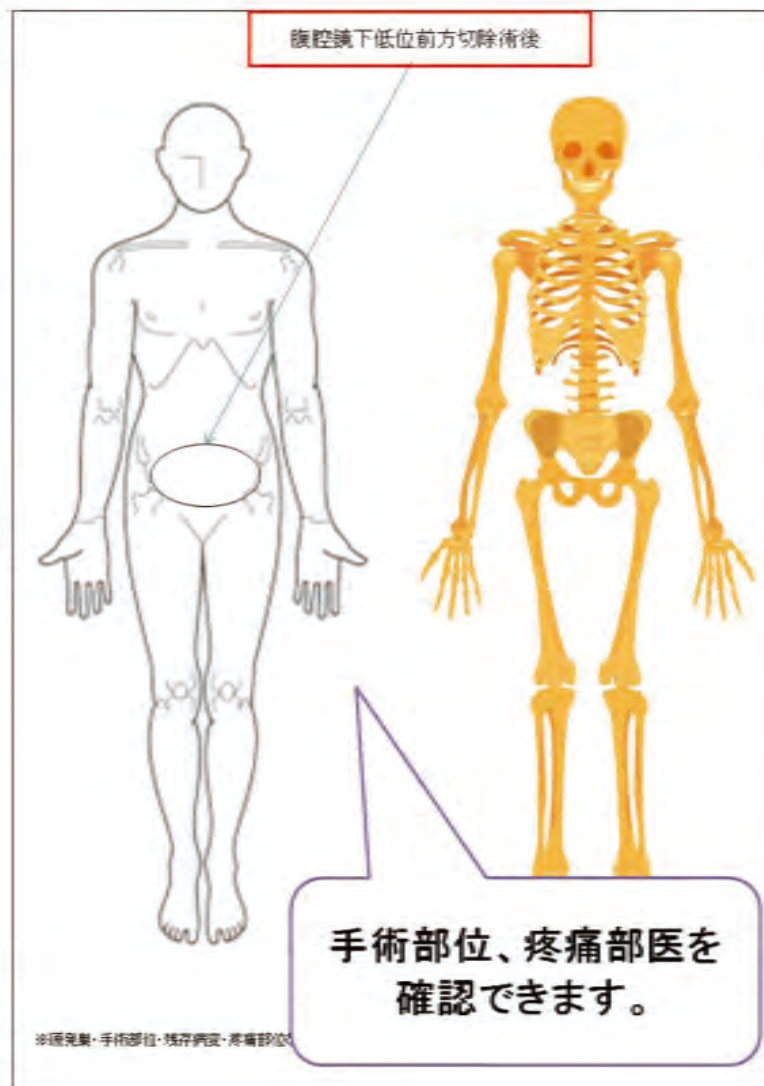
仕事は続けたい。病気のことは全てきちんと知っておきたい。

あなたの意向や希望も記入できます。

起こりうる症状とその対応方法が記入されています。

## 緊急のときは

緊急のときの対応を記入しておきましょう



症状と対応	対応方法
例) 吐き気が強くなったら	・1日に2食摂れないときは、吐き気止めを飲む、治まらなければ受診。 4
何があったら	1
傷の痛み・赤みが強くなったら (発熱38℃以上)	4

あなたに起こるかもしれない症状と対応方法を記入してあります。

対応方法		
1	かかりつけ医に電話	4 専門医に受診
2	かかりつけ医受診	5
3	専門医に電話	6

※対応方法を参照の上

対応方法を番号で確認できます。

連絡先	
かかりつけ医( 〇〇内科 )	099-000-0000
専門医( 〇〇病院 )	099-000-0000

かかりつけ医、専門医の連絡先を確認できます。



かかりつけ医と専門医が、あなたの診療経過を共有するための診療計画表です。

共同診療計画表		「大腸がん術後サーベイ」																							
患者ID:		患者名:																							
継続指示: □食事が入らないとき ⇒ 専門医紹介 □腫瘍マーカー		□体重減少が続くとき ⇒ 専門医紹介 □再発が疑																							
【最終目標】		5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる。																							
目標	QOLが維持できている	HP	CL	CL	HP	CL	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	
	再発を早期に発見する	2M	4M	6M	8M	10M	12M	15M	18M	21M	24M	27M	30M	33M	36M	39M	42M	45M	48M	51M	54M	57M	60M		
診察	問診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	全身状態	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
検査	血液学的検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	生化学検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	腫瘍マーカー	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	画像検査(胸部CT)				○				○				○				○				○			○	
	画像検査(腹部CT)				○				○				○				○				○			○	
	大腸内視鏡							○								○					○			○	
投薬	一般薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
指導	服薬指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	生活指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	その他																								

青：かかりつけ医  
緑：専門医

施設名	電話番号	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医(CL)				2ヶ月-3ヶ月に1回
専門医(HP)				6ヶ月に1回

緑色の時期：専門医(HP)を受診  
青色の時期：かかりつけ医(CL)を受診していただきます。

おおよその受診時期の目安です。医師の指示があります。

診療の結果を医師または看護師が記載します。診療の経過や今後の予定を確認できます。

連携バス記入表 大腸がん(□結腸がん・☑直腸がん) 術後サーベイ連携 (退院時~12ヶ月後)											
患者ID: _____		患者名: ○本○子 様		施設名		主治医		受持ち看護師		通院頻度	
継続指示: □ 食事が入らないとき ⇒ 専門医紹介		☑ 腫瘍マーカー上昇時 ⇒ 専門医紹介		かかりつけ医		○○内科		△△		2ヶ月に1回	
□ 体重減少が続くとき ⇒ 専門医紹介		☑ 再発が疑われるとき ⇒ 専門医紹介		専門医		○○病院		○○		6ヶ月~12ヶ月に1回	
受診する時期の目安											
【最終目標】 5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる。											
		退院時		3ヶ月後		6ヶ月後		9ヶ月後		12ヶ月後	
		はい		いいえ		はい		いいえ		はい	
目標		☑ QOLが維持できている		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
☑ 再発が早期に発見されている		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
☑ 後遺症が少ない		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
自覚症状と判断基準		☑ 全身状態(PS) 0~1		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
☑ 全身状態(PS) 0~1		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
☑ 血圧・体温 異常が認められない		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
☑ 診察所見 貧血・黄疸がない		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
☑ 問診 後遺症が認められない (腹部飽満感・腸閉塞症状・下痢)		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
検査と判断基準		☑ 血液学的検査 に異常がない		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
☑ 生化学検査 に異常がない		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
☑ 腫瘍マーカー (CEA・CA19-9) に異常がない		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
※胸腹部CTは主治医の指示により造影		☑ 画像診断 (胸部CT【単純】) に異常がない		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
☑ 画像診断 (腹部CT【単純】) に異常がない		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
☑ 大腸内視鏡 再発の兆候が認められない		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
☑ 直腸指診 直腸腫瘍が認められない		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
治療・処置		薬剤処方の有無 (詳細はお薬手帳に記入)		あり・なし		あり・なし		あり・なし		あり・なし	
患者・栄養指導		服薬指導		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
生活指導		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
他臓器癌に対する検診を勧める		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
その他		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>		☑ <input type="checkbox"/>	
Ns サイン											
Dr サイン											
特記事項											
作成日: _____											

専門病院の医師が記入します。

かかりつけ医が記入します。

PS	内容
0	無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく発病前と同等にふるまえる
1	軽度の症状があり、肉体的労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできる
2	歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助がいることもある。軽作業はできないが、日中の50%以上は起居している
3	身の回りのことはある程度できるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している
4	身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている



あなたにお困りの症状がある時、このシートを使用して、きちんとコントロールが出来ているかを確認することができます。

大腸がん緩和ケア連携パス

患者ID: 患者名: ○本○子 様  
 連絡基準:  
 除夜基準:  
 継続指示: 「緊急のときは」を参照

施設名	主治医	受持ち看護婦	通院頻度
かかりつけ医	○○内科	△△	

【最終目標】		開始時アセスメント		2012年8月10日		月		日		目標評価	
苦痛なく日常生活が送れる		はい	いいえ	はい	いいえ						
目標	夜、ぐっすり眠れる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					/ 6	
	じっとしている時の痛みがない	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					/ 6	
	動いた時の痛みがない	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					/ 6	
	痛み以外の不快な症状がない	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					/ 6	
以下の症状が一番強いときは、どのくらいの強さでしたか また、一番困っている症状⇒□に✓をつけてください		全くなかった ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 → これ以上考えられないほどひどかった									
自覚症状 評価基準	痛み	<input checked="" type="checkbox"/>	( 3 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
	ねむけ(うとうとした感じ)	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )
	だるさ(つかれ)	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )
	息切れ(息苦しさ)	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )
	食欲不振	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )
	おなかの張り・便秘	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )
	吐き気	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )
	不安・恐れ	<input checked="" type="checkbox"/>	( 2 )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )
治療・処置	オピオイド <b>ある</b> ・なし	オキシコドン20mg/7×									
	制吐剤 <b>ある</b> ・なし										
	※詳細は「お薬手帳」に記載										
患者・栄養指導	副作用説明・生活指導・ <b>服薬指導</b> ・ 栄養指導・リハビリ・訪問診療・ 訪問看護・介護支援など ※実施者が内容を記載	オキシコドンは飲んだり飲まなかったりしないで時間通りに飲みましょう。									
患者記入欄 【相談したいこと他】		少し眠気がありますが大丈夫でしょうか？									
Ns サイン											
Dr サイン		中村									
その他サイン											

専門医とかかりつけ医において、診察時に医師または看護師がチェックします。変化がある時は適宜評価をしていきます。(落ち着いているときは、定期的に。)

医療者が、あなたの困っている症状について、その強さをうかがいながら10段階で記入します。

あなたに気を付けていただきたいことがあれば、医療者がここに記入します。

相談したいことがあれば記入してください。ここには沢山記入できないので『患者さんご家族から医療者に伝えたいこと』のページを使用されてもかまいません。

※黄色の枠は患者さんが記入してください。



あなたの痛みの状態を把握するためのシートです。

がん性疼痛																																																											
患者ID:	患者名: ○本○子 様																																																										
通病基準:																																																											
除外基準:																																																											
★決まった時間に使用するお薬(定期使用) <input type="checkbox"/> 内服薬 薬剤名(オキシコドン)を1日1回( )錠 (9-21)時に内服します。 <input type="checkbox"/> 貼り薬 フェントステープ( )mgを1日に1回( )時に貼ります。				★痛みが強いつきに臨時で使用するお薬(レスキュー) <input type="checkbox"/> (オキノーム 5mg)を1回( )包 内服します。 1時間あけて何回でも内服可能です <input type="checkbox"/> その他				★継続指示 及び 特記事項 はきけがあったら(プリンペラン)内服 便秘のときは( )内服 急変したとき( )へ連絡																																																			
がん性疼痛																																																											
投薬		<table border="1"> <tr> <td>オピオイド(レスキュー)</td> <td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td> </tr> <tr> <td>鎮痛薬</td> <td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td> </tr> <tr> <td>オピオイド(定期使用)</td> <td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td> </tr> <tr> <td>鎮痛補助薬</td> <td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td> </tr> </table> ※薬剤名は「お薬手帳」参照										オピオイド(レスキュー)	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	鎮痛薬	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	オピオイド(定期使用)	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	鎮痛補助薬	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり
オピオイド(レスキュー)	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり																																																
鎮痛薬	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり																																																
オピオイド(定期使用)	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり																																																
鎮痛補助薬	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり																																																
他の症状		<table border="1"> <tr> <td>はきけ</td> <td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td> </tr> <tr> <td>便秘</td> <td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td> </tr> <tr> <td>その他( )</td> <td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td><td>あり</td><td>なし</td> </tr> </table>										はきけ	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	便秘	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	その他( )	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし												
はきけ	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし																																																
便秘	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし																																																
その他( )	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし																																																
患者記入欄		【相談したいことや臨時使用薬を記入してください】 少し眠気がありますが大丈夫でしょうか？																																																									
Ns サイン																																																											
Dr サイン		中村																																																									
		作成日: / /																																																									

一日の中で何時頃にどの程度の痛みがあったかを記入することができます。痛みのコントロールができているかが確認ができます。

お薬の内容を記載してあります。

可能であれば、あなた自身でも臨時の薬を使用した時間や、その時の痛みの強さを記入しましょう。看護師などもお手伝いします。

相談したいことや臨時で使用したお薬があればこちらにご記入ください。

※黄色の枠は患者さんが記入してください。

医療者が特記事項やメッセージを記入します。

医療者からのメッセージ・特記事項	
24 年 6 月 12 日	病院・施設名 ○○内科
採血、胸部レントゲン問題なし。 術後から出現した声の出にくさ については耳鼻科の受診をすすめました。	
記入者名	○○内科 ○○
24 年 9 月 11 日	病院・施設名 ○○病院
CT結果異常なし。次回は半年後に予約を入れました。 ○○クリニックでの検査結果をお持ちください。 当院耳鼻科医師より声の出にくさについては経過観 察予定と聞いています。	
記入者名	○○病院 ○○
24 年 9 月 11 日	病院・施設名 ○○薬局
○○さんへ お薬はきちんと自己管理できていますので、こ のまま継続して下さい。血痰の量が増えるよう であれば病院にすぐ連絡して下さいね。	
記入者名	○○薬局 薬剤師 ○○
年 月 日	病院・施設名
記入者名	

- ・医療者が診察の結果や、あなたへのメッセージ、気をつけて欲しいことなどを記入します。
- ・がん診療以外で受診する際も、必要な情報はこちらに記載してもらうことができます。
- ・医療者間での連絡にも使用します。

あなたからも「ここに書いておいてください」と気軽にお伝えください。

医療者からのメッセージ・特記事項	
年 月 日	病院・施設名
記入者名	
年 月 日	病院・施設名
記入者名	
年 月 日	病院・施設名
記入者名	

患者さん、ご家族から医療者に伝えたいことを記入することができます。

患者さん・家族から医療者へ伝えたいこと		患者さん・家族から医療者へ伝えたいこと	
24年6月25日		年月日	
お世話になります。治療中にアルコールは飲んでもよいのでしょうか？		あなたやご家族から医療者に尋ねたいこと、お伝えしたいことがあればこちらに記入してください。	
医療者コメント	治療の前日、当日、翌日は控えてくださいね。 [サイン 看護師 ○○]	医療者	
年月日		あなたのお尋ねに対してお返事が書かれます。	
医療者コメント	[サイン]	医療者コメント	[サイン]
年月日		年月日	
医療者コメント	[サイン]	医療者コメント	[サイン]
年月日		年月日	
医療者コメント	[サイン]	医療者コメント	[サイン]

## 日常生活で気をつけていただきたいことを記載してあります。

### 連携中の日常生活について

#### 【安静と運動】

過労にならないよう注意が必要ですが、過度に安静にする必要はありません。適度な運動をお勧めします。適度な運動として、1日30分程度の散歩は如何でしょうか。



#### 【食事】

穀物を中心に野菜を多くとって下さい。なんでもバランスよく食べて下さい。脂肪のとりすぎは注意しましょう。タンパク質は動物性(肉など)よりも植物性(大豆、豆腐など)のものが良いようです。刺激物もとりすぎには注意しましょう。



#### 【アルコール】

アルコール禁止の方がいます。主治医の先生に飲酒可能かどうか質問して下さい。



#### 【風呂】

シャワーに比べお風呂に入るには体力を要します。熱い風呂、長風呂は避けて下さい。食後1時間は入浴を避けましょう。



#### 【旅行】

基本的に禁止するものではありません。ただし、無理のないスケジュールで。ご心配であれば、旅行可能か主治医の先生に尋ねて下さい。



### 胃がん

つかえ感	よくかんで食べましょう。 ゆっくり時間をかけて食べて下さい。
逆流症状	寝る前に食事をしないようにしましょう。 横になるときは頭を高くしましょう。 食事の量を減らしましょう。
ダンピング症状	食事の量を減らしましょう。ゆっくり食べましょう。
小胃症状	食事を分けて、回数を多くしましょう。 1年すると体が適応してきます。

### 大腸がん

腹部膨満感	ガス、便が溜まっています。 強い痛みや吐き気があれば医師に相談しましょう。
下痢・便秘	術後の消化吸収障害や腸の癒着が原因です。 規則正しい食事を、暴飲暴食を避けるようにしましょう。
排尿障害	尿が少なくなり、発熱することがあります。 水分摂取を心がけましょう。 尿が出なかったり、発熱が続くときは医師に相談して下さい。

### 乳がん

浮腫	手術側の手が腫れること(浮腫)があります。 医師に相談し、マッサージやストッキング など対応方法を習得しましょう。
乳房の自己触診	月経が終わって1週間以内の乳房の柔らかい時や、閉経後の方は月1回程度、日を決めて行います。 入浴の際に、鏡の前や浴室で石鹸のついた手で触れるとしこりが分かりやすくなります。



## 肺がん

胸痛・呼吸困難	胸に水が溜まること(胸水)があります。深呼吸すると胸が痛い、体動時に息苦しいなどの症状があるときは医師に相談しましょう。
---------	--

## 肝がん

食欲低下	焦らずに食べたいものを探しましょう。食欲低下が続くときは医師に相談しましょう。
黄疸	尿の色が濃い、目が黄色い、皮膚が痒いときは医師に相談しましょう。

## 前立腺がん

全般的注意事項	適度な運動・バランスの良い食事を摂取しましょう。転倒しないように靴や衣服の調整をしましょう。転倒しないように注意して歩きましょう。
骨痛	無理な運動はひかえ、医師に相談しましょう。
尿失禁・排尿困難	骨盤底筋体操をしましょう。改善がなければ医師に相談しましょう。
ホットフラッシュ (発汗・ほてり) 乳房の痛み	医師に相談しましょう。
肛門痛・血便	硬い物や繊維の多い野菜などは控えましょう。ビタミンなどはジュースで補充しましょう。改善がなければ医師に相談しましょう。

## 婦人科がん(卵巣がん、子宮頸がん、子宮体がん)

腹部膨満感	腹水貯留や腸閉塞の恐れがありますので、症状が続くときは医師に相談して下さい。
下肢の浮腫	下肢のリンパ浮腫や腎機能低下の恐れがありますので、症状が持続するときは医師に相談して下さい。
性器出血	医師に相談しましょう。

## 化学療法中

口内炎	口腔内を清潔に保ちましょう。定期的に粘膜保護用のうがい薬を使用しましょう。痛みが持続するときは医師に相談しましょう。
食欲低下	食欲低下が数日続くとき、体重が減少するときは医師に相談しましょう。
下痢・便秘	下痢や便秘が続くとき、食事が入らないとき、体重が減少するときは医師に相談しましょう。
発熱	38℃以上の高熱がみられたときは医師に相談しましょう。
皮疹	皮膚に発赤疹、腫れ、痒痒感がみられたら医師に相談しましょう。

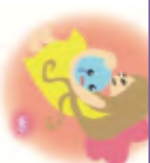
## 緩和ケア・在宅ケア

身体的な症状	がんによる身体的な症状として、がん性疼痛、呼吸困難感、吐き気、全身倦怠感、食欲低下、体重減少などさまざまな症状があります。全ての症状はお薬を組み合わせることでかなり軽減されます。症状を我慢せず、遠慮無く医師に相談して下さい。
心理的・精神的な症状	心理的・精神的な症状として、からだがだるい、気分が優れない、意欲がない、不安な気分、考えがまとまらない、興味が持てない、不眠、いらつき、焦りなど様々な症状があります。お困りなことは何でも遠慮無く、医師やスタッフに相談して下さい。
社会的・経済的な問題	医療費のこと、入院や自宅療養のこと、家庭のこと、経済的なこと、仕事上のこと、相続のことなどお困りになっていませんか。いつでも遠慮無く相談して下さい。医療スタッフみんなで対応します。



「がんサロン」のご案内です

## がんサロンのご案内



### がんサロンはこんな場所・・・

- ◇患者仲間であらぐための空間
- ◇対話をおして患者・家族の不安や孤独化を緩和する場所
- ◇よりよく過ごすきっかけを自分のペースで見つける場所
- ◇がん医療に対する情報交換をする場所
- ～あなたの経験した語りは人を支える力となります～

熊本県初のがんサロンは、2009年に熊本県玉名市の蕎麦屋さんに開設された「もちの木がんサロン」でした。それから約1年後の2010年1月、熊本大学医学部附属病院内に「熊本がんサロン」が誕生したのを機に、県内各地の病院や個人のお宅などに次々とがんサロンが作られるようになりました。ほとんどのサロンは、がん患者自身が世話人となり、多くのがん患者・家族の方々が気楽に話しを聴き合うことができる場所として開かれています。

がんサロンは、それぞれの特徴を活かしながら運営されていますが、概ね共通のルールをもち、がん患者・家族の方々が安心して参加できるようにしています。また、「がんサロンネット」という横のつながりをつくり、がんサロン同士で情報交換などをしながら、より参加しやすいサロンとなるよう心がけています。

いずれのがんサロンも患者・医療機関・行政が一体となり、患者・家族の立場に立ったピアサポートの場を提供しています。県内全ての地域をカバーできるまでには至っておらず、今後、さらなるがんサロンの広がりが望まれています。

～がんサロンネット 世話人より～

☆熊本県では「がんサロンリーダーサポーター養成セミナー」を開催し「がんサロン」開設の支援を行っています。その中で「ピアサポーター養成講座」として、ピアカウンセリングの基礎等を学びます。  
\*ピアサポーター＝同じ病をもつ人自身がカウンセラー（ピアサポーター）となって、悩みや問題について相談に応じるもの。

がんサロン開催場所及び詳細については・・・

- ・熊本県下各がん診療連携拠点病院の相談支援センター・地域医療連携室
- ・熊本県健康福祉部健康づくり推進課 電話096-383-1111（内線7076）



「私のカルテ」の使用に関する説明書・同意書です。

## がん診療連携パスに関する説明書・同意書

平成 24 年 7 月 7 日

〇〇 病院 〇〇 科

説明者 (担当医師名) △△△△ (担当者) □□□□

私は、患者 〇本〇子 様の、今後の診療とがん診療連携パスについて下記の如く説明いたしました。

1. 目的	熊本県がん診療連携パス	患者さん・ご家族にわかりやすく質の高い医療を目指して「がん診療連携パス」を活用しています。「連携パス」では病気の経過を予測して、いかにして現時点で、最よい診療の計画を立て、患者さん・ご家族に合った上で、医師・看護師・薬剤師・リウマチ科やがんセンターなど、診療にあたります。当院ではこの「連携パス」を用いて地域の病院と連携し、同じ診療方針のもとに、より安全で質の高い医療を提供いたします。
2. 方法	当院と、地域のかかりつけの医療機関（病院や診療所）と共同して、役割分担しながら、診察、検査、治療を続けて参ります。具体的には、かかりつけ医が日々の診察や投薬などを担当し、当院が前回の診察・検査を行います。病状が急に変わった時や、なんらかの問題が生じた時に備え、24時間365日対応し安心できる体制を作っています。又、かかりつけの医療機関と連携し、必要に応じて、かかりつけの医療機関へ転院や受診を促す場合があります。	患者さん・ご家族にわかりやすく質の高い医療を目指して「がん診療連携パス」を活用しています。「連携パス」では病気の経過を予測して、いかにして現時点で、最よい診療の計画を立て、患者さん・ご家族に合った上で、医師・看護師・薬剤師・リウマチ科やがんセンターなど、診療にあたります。当院ではこの「連携パス」を用いて地域の病院と連携し、同じ診療方針のもとに、より安全で質の高い医療を提供いたします。
3. 期待されること	「連携パス」を使用してがん診療が継続になります。異なった医療機関や、家族の日々の相談のなかで安心して治療を受けることができます。	患者さん・ご家族にわかりやすく質の高い医療を目指して「がん診療連携パス」を活用しています。「連携パス」では病気の経過を予測して、いかにして現時点で、最よい診療の計画を立て、患者さん・ご家族に合った上で、医師・看護師・薬剤師・リウマチ科やがんセンターなど、診療にあたります。当院ではこの「連携パス」を用いて地域の病院と連携し、同じ診療方針のもとに、より安全で質の高い医療を提供いたします。
4. 同意と撤回	私たちは、「連携パス」が利用された方が良いと考えるから、運用をすすめていくからといってなんら不利益があるとは考えていません。	患者さん・ご家族にわかりやすく質の高い医療を目指して「がん診療連携パス」を活用しています。「連携パス」では病気の経過を予測して、いかにして現時点で、最よい診療の計画を立て、患者さん・ご家族に合った上で、医師・看護師・薬剤師・リウマチ科やがんセンターなど、診療にあたります。当院ではこの「連携パス」を用いて地域の病院と連携し、同じ診療方針のもとに、より安全で質の高い医療を提供いたします。
5. 負担	「がん診療連携パス」(連携パス)は、医療機関に属するものではありません。	患者さん・ご家族にわかりやすく質の高い医療を目指して「がん診療連携パス」を活用しています。「連携パス」では病気の経過を予測して、いかにして現時点で、最よい診療の計画を立て、患者さん・ご家族に合った上で、医師・看護師・薬剤師・リウマチ科やがんセンターなど、診療にあたります。当院ではこの「連携パス」を用いて地域の病院と連携し、同じ診療方針のもとに、より安全で質の高い医療を提供いたします。
6. 紛失	「私のカルテ」は患者さんご自身の個人情報ですので紛失されないうえ、ご不明の点や心配があれば、いつでもお問い合わせください。	患者さん・ご家族にわかりやすく質の高い医療を目指して「がん診療連携パス」を活用しています。「連携パス」では病気の経過を予測して、いかにして現時点で、最よい診療の計画を立て、患者さん・ご家族に合った上で、医師・看護師・薬剤師・リウマチ科やがんセンターなど、診療にあたります。当院ではこの「連携パス」を用いて地域の病院と連携し、同じ診療方針のもとに、より安全で質の高い医療を提供いたします。
7. 質問の自由	ご不明の点や心配があれば、いつでもお問い合わせください。	患者さん・ご家族にわかりやすく質の高い医療を目指して「がん診療連携パス」を活用しています。「連携パス」では病気の経過を予測して、いかにして現時点で、最よい診療の計画を立て、患者さん・ご家族に合った上で、医師・看護師・薬剤師・リウマチ科やがんセンターなど、診療にあたります。当院ではこの「連携パス」を用いて地域の病院と連携し、同じ診療方針のもとに、より安全で質の高い医療を提供いたします。

「私のカルテ」を発行する専門病院の医師と連携担当者が記載します。

あなたが「私のカルテ」の目的や利用方法・保険診療上の負担について、説明を受け、ご納得いただいた上で使用に同意をされる際、同意書に自筆のサインを頂きます。発行後の紛失に関する責任は、患者さんの責任となりますので十分ご注意ください。

7. 質問の自由	ご不明の点や心配があれば、いつでもお問い合わせください。	患者さん・ご家族にわかりやすく質の高い医療を目指して「がん診療連携パス」を活用しています。「連携パス」では病気の経過を予測して、いかにして現時点で、最よい診療の計画を立て、患者さん・ご家族に合った上で、医師・看護師・薬剤師・リウマチ科やがんセンターなど、診療にあたります。当院ではこの「連携パス」を用いて地域の病院と連携し、同じ診療方針のもとに、より安全で質の高い医療を提供いたします。
----------	------------------------------	---

平成 24 年 7 月 7 日

患者氏名

〇本〇子

家族等氏名

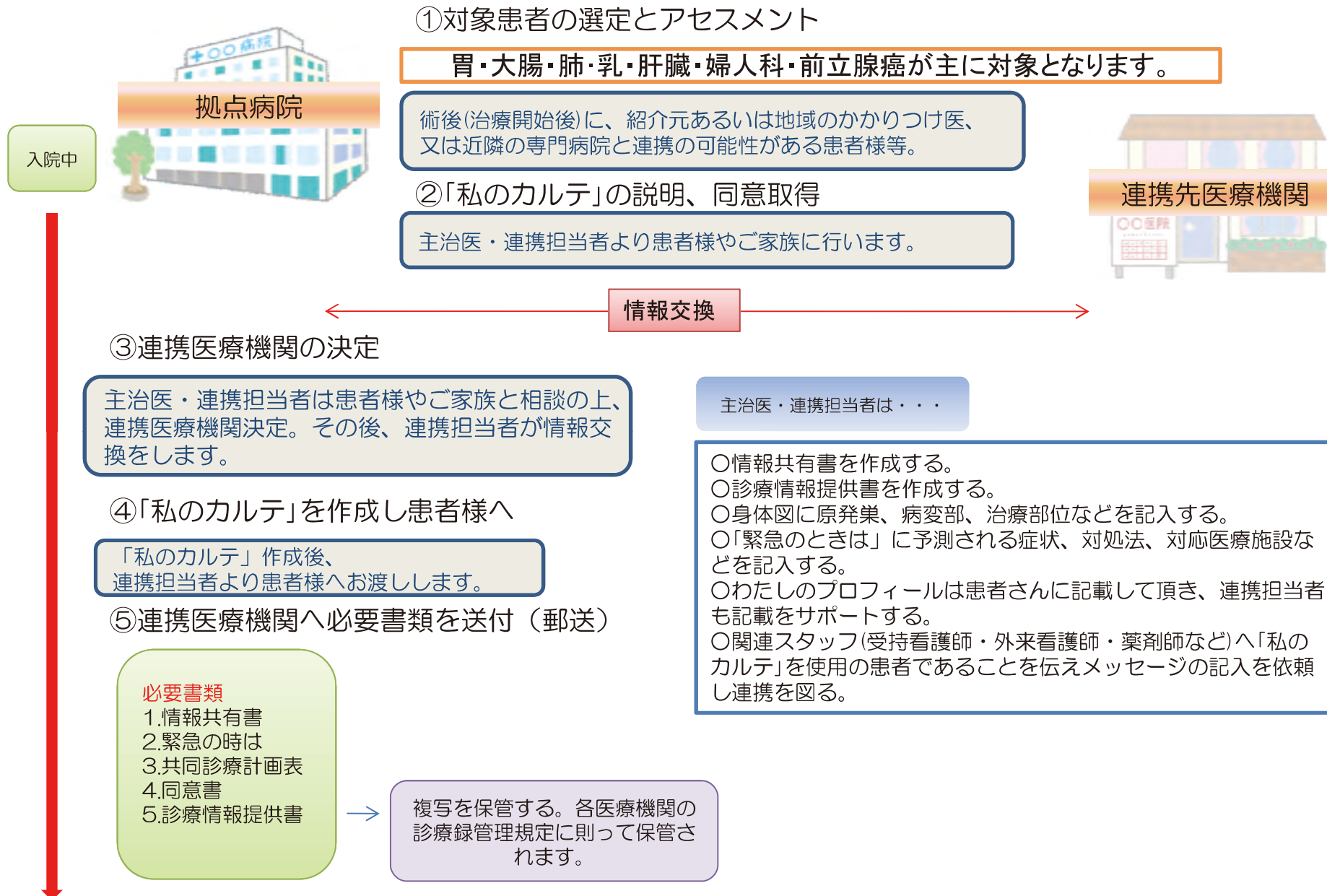
橋柄 ( )

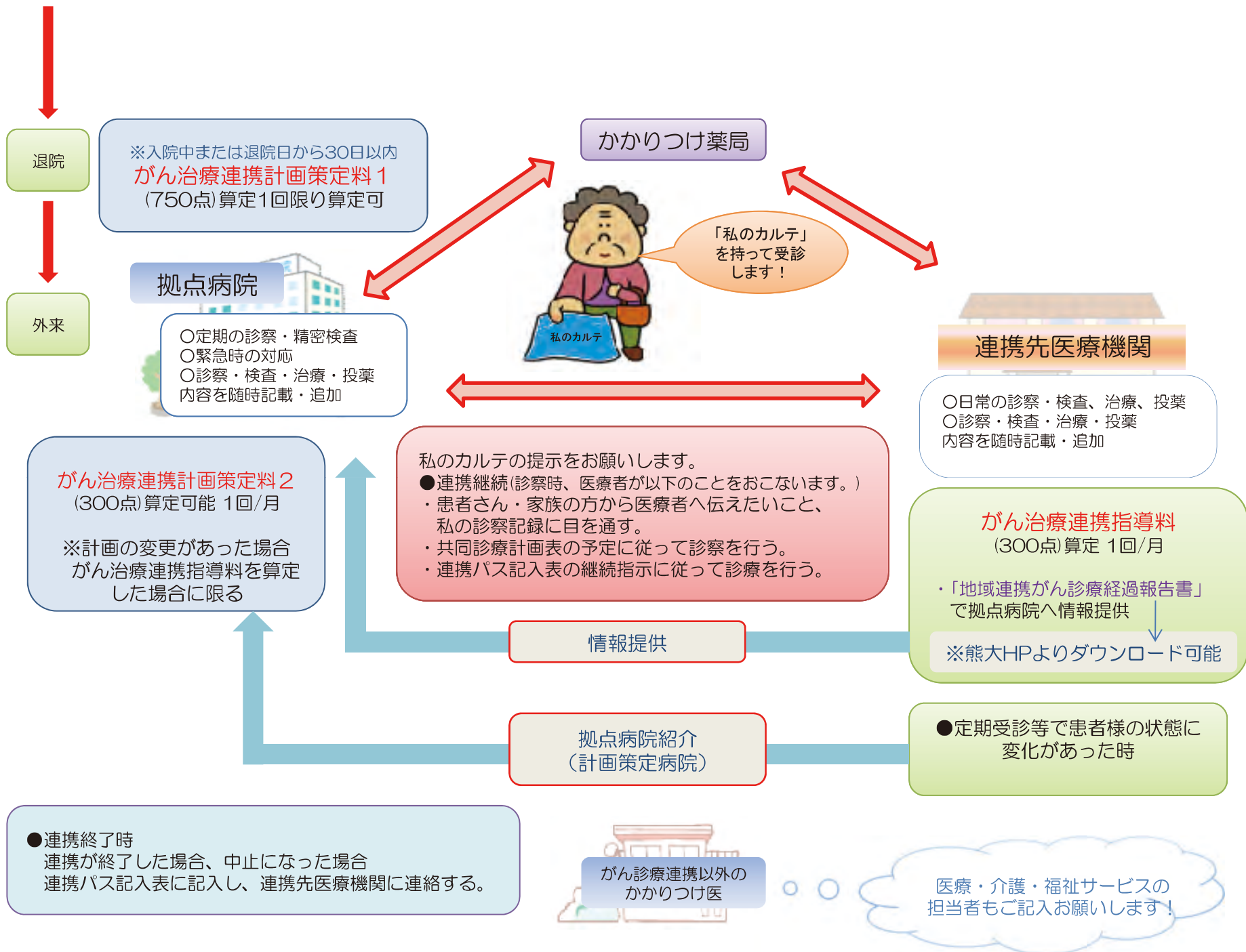
※黄色の枠は患者さんが記入してください。



「私のカルテ」  
患者さんご家族用ガイド Q&A

# 連携の流れ







## 患者さん・ご家族用Q&A

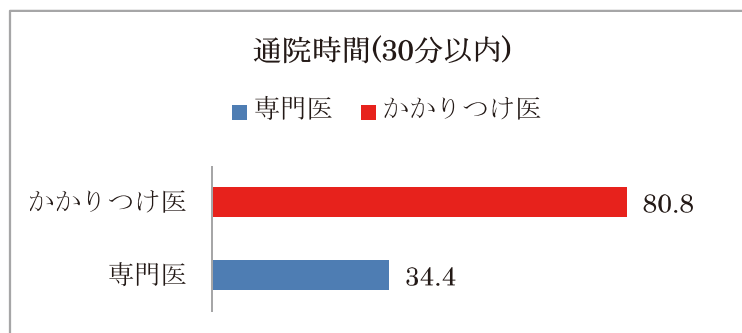
### 1. 病診連携とはなんですか・・・

- 病診連携とは拠点病院（病）と地元の病院・診療所（診）がお互いに協同して医療を提供することです。患者さんの日常的な健康管理、治療（内服薬の処方）を地元の病院・診療所の医師（かかりつけ医）が担当し、精密検査や専門治療（手術、放射線、抗がん剤治療等）を拠点病院の医師（専門医）が担当します。

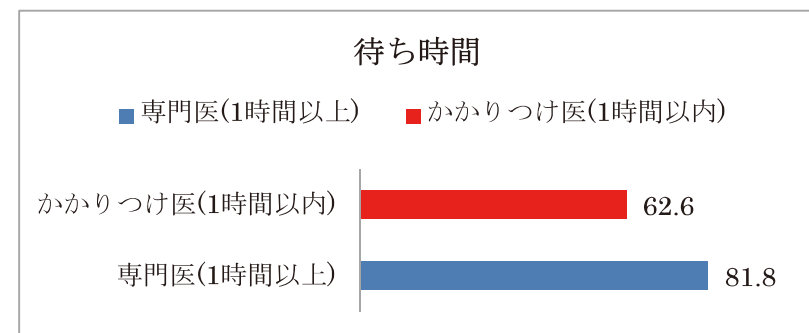
### 2. 病診連携のいい点とは何ですか・・・

- 地元の病院・診療所で診てもらっている人も最先端の専門的な医療が受けられます。
- 重複した検査・投薬が避けられます。
- かかりつけ医をもつことで診療の待ち時間の短縮や通院時間の短縮など患者さんの負担の軽減になります。
- 拠点病院、地元の病院・診療所、保険調剤薬局等の医療機関、患者さん・ご家族の間で情報が共有できているので、より質の高い、安全な医療が、短時間で受けられます。
- 2012年2月～3月に行ったアンケート調査では『私のカルテ』を利用することで患者さんの通院時間、診療の待ち時間ともに短縮されたとの結果がでています。

通院時間：専門医 30分以内 34.4%・かかりつけ医 80.8%



待ち時間:専門医 1時間以上 81.8%・かかりつけ医 1時間以内 62.6%



### 3. 拠点病院との関係が切れてしまうのではないかという不安を抱かれる方へ

- 拠点病院と縁が切れるわけではありません。地元の病院・診療所に紹介した患者さんは拠点病院でも定期的に経過観察していきますし、必要なときは、いつでも地元の病院・診療所の先生を通して、拠点病院の主治医が相談にのります。
- 精密画像検査（CT など）が必要な場合は、殆どの拠点病院で、地元の病院・診療所の先生が、拠点病院での検査の予約が可能な体制を取っています。

### 4. 急な時、拠点病院で診てもらえないのではないかという不安を抱かれる方へ

- 急な時、かかりつけ医での対応に不安を抱かれている患者さん・ご家族もいらっしゃると思います。しかし、拠点病院は救急病院であろうが、そうでなかろうが、地元の病院・診療所の先生からの連絡には責任をもって対応しています。急な時、拠点病院にかかる場合、実は地元の病院・診療所の先生を通して依頼された方が、素早く円滑な対応が期待できます。
- 実際には『私のカルテ』の「緊急のときは」のページをご覧になって指示に従って行動されて下さい。

### 5. 不安な時、相談したいことができた時は・・・

- 不安な時、相談したいことができた時、相談に応じてもらえる体制が準備されています。拠点病院の相談支援センターに連絡を取ってみてください。
- 実際には『私のカルテ』の「わたしのプロフィール」と「緊急のときは」のページに連絡先が明記してあります。

#### 6. 『がんサロン』を利用してみましょう。

- がんを抱えて生活されることはとても大変なことです。お一人で悩みを抱え込まないでください。同じ悩みを抱えた仲間が集う場所（『がんサロン』等）があります。
- 『がんサロン』とは、がん患者さんやそのご家族が自身で運営し、お互いの心の悩みや体験、治療法などを語り合う場所です。熊本には23カ所の『がんサロン』が存在します。（2012年7月現在）。
- 患者さん・ご家族同士で支え合うことで、孤独感もなくなり、心強くなり、勇気や力を得ることができます。
- 『私のカルテ』に説明がありますので、是非ご一読頂ければ幸いです。

#### 7. 『私のカルテ』は、どこで手に入れますか・・・

- 拠点病院に受診された際や、治療目的で入院されている際にご説明します。説明に納得され、「連携医療機関」が決定し、『私のカルテ』の使用に同意を頂きましたら、退院される時、または外来通院中に、相談支援センターのコーディネーターや各診療科の担当医師がお渡しします。

#### 8. 『私のカルテ』を利用できる医療機関はどこで知ることができますか・・・

- 各拠点病院のがん相談支援センターに利用できる「連携医療機関」の情報が 있습니다。対応できる「連携医療機関」は疾患毎に異なりますので、詳細をお問い合わせください。

#### 9. 『私のカルテ』を使用するにあたって特別な費用が発生しますか・・・

- 拠点病院を退院される際に1回だけ750点（3割負担で2250円）、「連携医療機関」を受診される際に月1回を限度に300点（3割負担で900円）の管理料が発生します。

10. 『私のカルテ』はどのような場合使用するのですか・・・

- 専門医（拠点病院）、かかりつけ医（連携医療機関）を受診される場合はもちろんですが、他の医療機関（他の診療科の病院、歯科医師診療所、保険調剤薬局等）を利用される場合も持参されて下さい。

11. 『私のカルテ』の内容や記載方法が分からない場合は・・・

- 『私のカルテ』の内容が分からない場合や、記載方法が分からない場合は、周囲のスタッフにお気軽にお声をかけて下さい、お手伝いします。
- お薬の内容や服用の仕方が分からない場合は、遠慮なく薬剤師の先生にご相談されて下さい、お手伝いします。

12. 『私のカルテ』の所有権は・・・

- 患者さんが説明を受けられ同意された『私のカルテ』は患者さんご自身のものです。
- 患者さんが所持し、紛失の責任はご自身にあります。大切に保管されて下さい。

13. 『私のカルテ』が不要になったら・・・

- 患者さんご自身の記録として保管されるか、または患者さん・ご家族の判断で個人情報として適切に処分して下さるようお願いいたします。

#### 14. 「私だけは専門病院で継続して診て欲しい」との思いは許されないのですか・・・

- がんと共に生活する場合、療養の場は変化します。中心となる医療者も変化します。患者さん・ご家族にとって、よりよい療養のために地域・地元の医療機関の力は欠かせません。
- 『私のカルテ』は、地域連携の仕組みで、患者さん・ご家族を最後まで支えるためのツールです。
- 患者さん・ご家族が、どのような立場でも、どこに居住されていても、質と安全が保証された安心ながん診療が受けられるように、との願いを込めた言葉が「がん医療の均てん化」です。
- 「がん医療の均てん化」を実現するためには、医療機関の役割分担・連携が必要です。
- 最新の研究では、複数の医療機関で診療を受けた患者さんの方が、拠点病院だけで治療された患者さんより長生きされるとの研究が報告されています。一方で医療者には、医療者側の都合を押し付けることがないよう細心の配慮が求められます。

#### 15. 『私のカルテ』は患者さん・ご家族を中心とした医療を達成するためのツールです

- 患者さん・ご家族の思いを尊重し、思いに沿った適切な医療が提供されます。
- 関係する医療者間、および患者さん・ご家族の間で、適切な情報が共有されます。
- 提供される医療の安全を保証し・自律（立）をお手伝いします。
- がんと向き合って生活する達成感・満足感が得られます。
- 2011年3月11日の東日本・太平洋大地震では、多くの方々が罹災されました。罹災者の中でお手元に「お薬手帳」をお持ちの方は適切な医療を受けやすかったようです。  
「私のカルテ」は災害時にあなたを支えてくれる大切なパートナーとなります。



熊本県がん診療連携協議会  
相談支援・情報連携部会

〒860-8556 熊本市中央区本荘1丁目1番1号  
熊本大学医学部附属病院内  
熊本県「私のカルテ」がん診療センター  
TEL096-373-5763 FAX096-373-5720